



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

Aktivitetsförmåga efter smärtrehabilitering

Förändring av aktivitetsutförande och aktivitetstillfredsställelse

Författare: Lena Renström

Handledare: Gunnel Sandqvist

Maj 2007

Kandidatuppsats

Adress: Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

Maj, 2007

Aktivitetsförmåga efter smärtrehabilitering

Förändring av aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse

Lena Renström

Abstrakt

Långvarig smärta är ett problem för många människor i hela världen och kan innebära svårigheter att utföra de aktiviteter man vill, måste eller förväntas utföra. Syftet med uppsatsen var att beskriva vilka dagliga aktiviteter patienter med långvarig smärta ansåg vara viktigast att förändra samt att undersöka om aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse förändrades efter smärtrehabilitering. Studien genomfördes efter avslutad rehabilitering på en multimodal smärtrehabilitering i Skåne. Undersökningsgruppen bestod av 46 patienter, 11 män och 35 kvinnor. Instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) användes samt patienternas egna kommentarer till förändringen kategoriserades och sammanställdes. Resultatet visade att aktivitetsutförandet förbättrades för en femtedel och aktivitetsstillfredsställelsen för hälften av patienterna. Arbete var den enskilda aktivitet som flest patienter, 26 av 46, ansåg viktigast att förändra och den aktiviteten förbättrades för 10 patienter både för utförande och tillfredsställelse. Många av patienterna är både enligt resultatet från COPM och enligt patienternas egna kommentarer på väg mot att kunna hantera sin smärta och sin livssituation.

Nyckelord: smärta, långvarig smärta, COPM, aktivitet, arbetsterapi, arbete.

Kandidatuppsats

Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Bakgrund	3
2.1 Smärta	3
2.2 Arbetsterapi och aktivitet	6
2.3 Långvarig smärta och aktivitet	7
2.4 Smärtrehabilitering	8
<i>2.4.1 Smärtrehabilitering på aktuell enhet</i>	8
<i>2.4.2 Arbetsterapi på aktuell smärtrehabilitering</i>	9
3. Syfte	11
4. Metod	11
4.1 Urvalsförfarande	12
4.2 Undersökningsgrupp	12
4.3 Undersökningsinstrument	13
4.4 Procedur	14
4.5 Dataanalys	14
6. Etiska överväganden	15
7. Resultat	15
7.1 Val av aktiviteter	15
7.2 Förändring av aktivitetsförmågan	17
7.3 Patienternas kommentarer	18
8. Diskussion	19
8.1 Resultatdiskussion	19
8.2 Metoddiskussion	23
9. Slutsats	24
Referenslista	25
Bilagor	
Brev till verksamhetschefen	Bilaga 1
Brev till patienterna	Bilaga 2

1. Inledning

Smärta är ett stort problem för många människor i hela världen. En omfattande undersökning är gjord, Pain in Europe, då bl a smärtutbredningen hos Europas befolkning kartlagts och man kommit fram till att det är 19 % av den vuxna befolkningen som lever med långvarig smärta. I Sverige är motsvarande siffra 18 % och av dessa är 54 % kvinnor och 46 % män (Breivik, Colett, Vantafidda, Cohen & Gallacker, 2006).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort en utredning om långvarig smärta samt vilka behandlingsmetoder som är effektiva. En av deras slutsatser är att det finns ett starkt samband mellan smärta och låg livskvalitet. En annan slutsats är att breda och samordnade rehabiliteringsprogram (multimodal rehabilitering) som kombinerar psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning, långsiktigt leder till att smärtan minskar, att fler människor återgår i arbete och att sjukskrivningstiderna minskar (SBU, 2006).

Som yrkesverksam arbetsterapeut på en klinik där vi bedriver multimodal smärtrehabilitering för personer med långvarig ickemalign smärta blir jag nyfiken på hur aktivitetsförmågan påverkas av en smärtrehabilitering. Sedan några år tillbaka används instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM), som patienterna fått göra i samband med in- och utskrivning. En sammanställning av dessa resultat kan förhoppningsvis besvara min fråga. Eftersom det är av stor vikt att utvärdera behandlingsresultat ser jag nu en möjlighet att få lära mig mer om detta. Dessutom är det viktigt att aktivitetsperspektivet lyfts fram i rehabiliteringsutvärderingar.

2. Bakgrund

2.1 Smärta

Det är viktigt att kunna känna smärta för att skydda sig och känna att något är fel. Akut smärta kan därför, förutom lidandet, ses som något positivt och livsnödvändigt. Långvarig smärta däremot fyller för det mesta ingen funktion. Om smärtan kvarstår längre än beräknat efter en skada eller sjukdom brukar den räknas som långvarig och tidsgränsen brukar sättas på tre eller sex månader (Brattberg, 1995). Ibland används istället begreppet kronisk smärta. Det kan vara

en fördel i klinisk verksamhet att använda begreppet långvarig, eftersom kronisk kan ge en negativ syn på prognosen (SBU, 2006).

Akut smärta kan för det mesta behandlas effektivt medan långvarig smärta kan vara mycket svårbehandlad. Akut och långvarig smärta har bara smärtan gemensam. De har olika fysiologi, diagnoser, behandling samt prognos (Brattberg, 1995).

International Association for the study of pain (IASP) har definierat smärta på följande sätt: *”Smärta är en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada.”* (IASP, 1979, sid 250)

Brattberg (1995) menar att individens upplevelse av smärta är personlig och påverkas av fysiologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer. Det är alltid av största vikt att ta smärtan på allvar för att inte riskera att kränka personen och för att kunna hjälpa personen att komma vidare. Brattberg menar också att man kan se den långvariga smärtan som ett isberg där smärtan är det som syns ovanför vattenytan medan ständig trötthet, bristande koncentration, minskad rörelsefrihet, nedstämdhet, dåligt självförtroende, förlorad tro på sjukvårdsapparaten, låg toleransnivå (irritabilitet), passivitet, stor medicinkonsumtion och stor sjukvårdskonsumtion är det som finns under ytan.

Den långvariga smärtan kan för många människor vara svår att förstå. För att själv förstå den och kunna förklara den för patienterna samt hjälpa patienterna att komma vidare är det viktigt att ha bra förklaringsmodeller. Förenklat kan man säga att smärtsystemet blivit överretat, uppreglerat och extra känsligt. Här följer några vedertagna förklaringsmodeller hur den långvariga smärtan uppkommer och vidmakthålls.

Lidbeck (1999) menar att smärtforskningen under de senaste tio åren gjort flera genombrott. Man har både inom experimentell och inom klinisk forskning funnit stöd för att många långvariga smärttillstånd har sin grund i central sensitisering samt störningar i den centrala smärthämningen. Central sensitisering innebär att ryggmärgens dorsalhörn förändras både neurokemiskt och neuroanatiskt och blir överretbara. Störningar i den centrala smärthämningen innebär att den normalt smärtbromsande funktionen blir försämrad. Detta innebär i praktiken att patienten upplever en ökad smärtintensitet och känslighet (allodyni och hyperalgesi) samt att smärtan kvarstår onormalt länge efter en retning (abnorm latens).

Dessutom sker det en smärtspridning så att smärtan sprider sig utanför det område som först var drabbat. Lidbeck kallar detta för dysfunktionell smärta och menar att vissa människor kan utveckla detta efter skada, operation, överbelastning, sjukdom mm.

Levander (2003) stödjer Lidbecks (1999) artikel om dysfunktionell smärta och menar att en kombination av inre psykologiska belastningar och yttre somatiska faktorer kan samverka till utvecklingen av sensorisk sensitisering, d v s ett uppreglerat smärtsystem. Exempel på yttre somatiska faktorer är enligt Levander muskulär belastning, fysiskt trauma t ex olycksfall, misshandel eller operativa ingrepp, biokemiska belastningar d v s vävnadsskada eller ischemi (lokal blodbrist), inflammationer t ex vid reumatologisk inflammatorisk sjukdom samt infektioner som t ex influensa. Exempel på inre psykologiska belastningar är enligt Levander långvarig negativ stress, nedsatt förmåga att hantera psykiska påfrestningar d v s ogynnsam ”coping-strategi”, ångest, fobier, katastroftänkande, rädsla, stört sönmönster med bl a otillräcklig djupsömn samt medfödd eller tidig utveckling av ökad smärtkänslighet. Summan av belastningarna avgör hos varje enskild person om sensorisk sensitisering kommer att uppstå eller inte. Levander menar att detta kan vara aktuellt vid bl a långvarig ländryggsvärk, whiplash associated disorder (pisksnärtsskada), fibromyalgi, och skulder/nackmyalgi (muskelsmärta i nacke och skuldror). Dessutom skriver Levander att om personer med ett uppreglerat smärtsystem utsätts för ytterligare belastning regleras smärtsystemet upp ytterligare och smärtan ökar.

SBU (2006) skriver i sin rapport att den biopsykosociala modellen numera är basen i modern diagnostik, behandling och rehabilitering. Kunskapen om vilka faktorer som har betydelse för uppkomst och vidmakthållande av långvarig smärta är inte fullständig men några faktorer har identifierats. En är individuella faktorer som ålder, kön, att vara ensamstående eller isolerad samt etnicitet. En annan är smärtan, vilken intensitet, varaktighet och påverkan på dagligt liv som smärtan har samt neurobiologiska faktorer och om personen har varit utsatt för trauma.. Psykologiska faktorer som psykologisk belastning, depression, hur personen hanterar smärtan och om personen har ett undvikandebeteende. Andra faktorer är sociodemografiska d v s vilken typ av yrke/utbildning personen har, längden på sjukskrivningen samt arbetsrelaterade faktorer d v s arbetsmiljö, upplevelse av arbetet samt personens egen förväntan av att kunna återgå i arbete eller inte. Ytterligare faktorer är om det finns andra sjukdomar förutom smärtan samt ekonomiska.

Linton (2005) menar att utvecklingen av långvarig smärta är en komplex och dynamisk process där många olika faktorer samverkar och hur den processen ser ut varierar mycket från person till person.

2.2 Arbetsterapi och aktivitet

Aktivitet är ett centralt begrepp inom arbetsterapi och förbundet Sveriges arbetsterapeuters etiska råd har definierat aktivitet på följande sätt: *"Människans utförande av meningsfulla och betydelsefulla uppgifter i interaktion/samspel med omgivningen."* (FSA, 2005, sid 14)

Aktivitetsförmåga definieras som: *"Människans förmåga att utföra de uppgifter hon vill och behöver göra i syfte att uppnå vitala livsmål."* (FSA, 2005, sid 14)

Målet med arbetsterapi är att *"främja patientens möjlighet att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina egna önskemål och behov och i förhållande till omgivningens krav."* (FSA, 2005, sid 9). Arbetsterapeuten ska för att nå målet förhindra nedsatt aktivitetsförmåga eller förbättra aktivitetsförmågan hos patienten eller när så behövs kompensera den (FSA, 2005).

Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) är en arbetsterapeutisk modell som utgår från ett klientcentrerat synsätt och beskriver förhållandet mellan individ, omgivning och aktivitet som ett dynamiskt samspel där varje del påverkar de andra. Aktivitetsutförandet är ett resultat av detta samspel. Till modellen finns instrumentet Occupational Performance Measure (COPM) som kartlägger aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse och mäter förändringar av dessa över tid (CAOT, 1997).

Individen ses som en integrerad helhet där spirituality, sociala och kulturella erfarenheter samt människans fysiska, kognitiva och känslomässiga förmågor som behövs för aktivitetsutförandet, är införlivade. Med spirituality menas "det sanna jaget", något människan uttrycker i alla sina handlingar och som gör varje människa unik. Genom sin spirituality har varje människa sin tro, sina värderingar och sina mål. Som arbetsterapeut är det mycket viktigt att respektera detta, så att aktiviteterna som väljs är meningsfulla och viktiga för just den personen (CAOT, 1997).

Omgivningen är det sammanhang där aktivitetsutförandet sker och innefattar allt från kultur, psykosocialt sammanhang till fysisk plats (CAOT, 1997).

Aktivitet är ett grundläggande mänskligt behov som påverkar och påverkas av hälsan, ger mening åt tillvaron, gör det möjligt att nå olika mål, få balans, få kontroll, uppleva tillfredsställelse samt organisera sin tid (CAOT, 1997). CMOP delar in aktivitet i tre för människan viktiga områden:

- Personliga dagliga aktiviteter som omfattar personlig vård, förflyttning och klara sig i samhället.
- Produktivitet som omfattar arbete, hushållsarbete, utbildning och lek.
- Fritid som omfattar stillsam fritid, aktiv fritid och social samvaro (CAOT, 1997).

2.3 Långvarig smärta och aktivitet

Keponen & Kiefhofner (2006) skriver i sin artikel, aktivitet och mening i livet för kvinnor med kronisk smärta, att det finns många vetenskapliga rapporter som bekräftar sambandet mellan smärta och begränsningar i arbetsliv, familjeliv, dagliga livets aktiviteter samt fritid.

En majoritet av smärtpatienterna kan inte vara lika fysiskt aktiva som tidigare skriver Brejvik et al. (2006) i sin rapport. Sömnen har också påverkats negativt för två tredjedelar av patienterna, fortsätter de. Dessutom har över hälften (55 %) av smärtpatienterna problem att delta i sociala aktiviteter och lika många har problem att utföra dagliga hushållsgöromål samt för tre av fyra har arbetssituationen påverkats.

Linton (2005) menar att det är vanligt med undvikandebeteende hos människor med smärta vilket innebär att de undviker aktivitet och blir mer och mer passiva med negativa fysiska och psykiska konsekvenser som följd. Han menar vidare att sjukvårdspersonalen skall uppmuntra patienter med smärta att våga vara så aktiva som möjligt och inte förstärka ett undvikandebeteende.

Aktivitetsutförande och aktivitetstillfredsställelse utvärderades med hjälp av COPM hos 87 patienter som genomgått ett smärtherehabiliteringsprogram i Liverpool. Bedömningen av aktivitetsutförande och aktivitetstillfredsställelse utfördes före och efter rehabiliteringen och tre månader efter avslutad rehabilitering. Utförandet förbättrades med minst två skalsteg hos 59 % och försämrades inte hos någon efter rehabiliteringen. Vid tremånadersuppföljningen hade ytterligare 5 % förbättrat och 12 % försämrat aktivitetsutförandet. Tillfredsställelsen hade förbättrats med minst två skalsteg hos 74 % och inte försämrats hos någon efter

rehabiliteringen. Vid tremånadersuppföljningen upplevde ytterligare 9 % att de förbättrat och 22 % att de försämrat aktivitetstillfredsställelsen. Sammanfattningsvis var det mer än hälften av patienter som förbättrades efter rehabiliteringen och fler förbättrade aktivitetstillfredsställelsen än aktivitetsutförandet. Förbättringen stannade upp hos de flesta och ungefär en femtedel försämrades efter tre månader (Carpenter, Baker & Tyldesley, 2001).

2.4 Smärtrehabilitering

Socialstyrelsen föreslår efter en utredning 1994, en organisatorisk uppbyggnad av smärtrehabiliteringen i Sverige och betonar att varje landsting ska ha smärtmottagning/klinik med teamverksamhet. Ett generellt mål för smärtrehabiliteringen är att minska smärtupplevelsen samt att förbättra funktions och aktivitetsförmåga (SBU, 2006).

SBU (2006) skriver i sin rapport att multimodal smärtrehabilitering i Sverige vanligtvis grundar sig på ett kognitivt eller beteendepsykologiskt synsätt och kan innehålla många olika åtgärder. Förutom de yrkesspecifika åtgärderna är det vanligt med pedagogiska moment, gruppsamtal, olika metoder för att kontrollera smärtan, avslappning och mental träning.

Det kognitiva förhållningssättet kan hjälpa människor med smärta menar d'Elia (2005) och uttrycker att smärta, känslor, tankar och beteende alla "kommunicerar" med varandra och lätt skapar katastroftankar. Dessa förvärrar smärtan då de skapar oro och stress. Genom att frilägga katastroftankarna och reflektera över de kan oron minska och också smärtan. På så sätt, menar han, är tankar ett instrument som kan lindra smärtan.

2.4.1 Smärtrehabilitering på aktuell enhet

Uppdraget som den aktuella smärtrehabiliteringen fått av verksamhetschefen för närsjukvårdskliniken är rehabilitering av patienter i yrkesverksam ålder med långvarig ickemalign (godartad) smärta. Rehabiliteringsarbetet utgår från verksamhetsbeskrivningen för smärtrehabiliteringen samt processkartläggningen som utfördes under 2006. På enheten där utvärderingen har skett, arbetar flera olika yrkesgrupper tillsammans med patienten mot gemensamma mål. Målet är att ge individen:

- Minskat smärtlidande
- Diagnos och rimlig förklaringsmodell till smärtan

- Optimal livskvalitet trots smärta
- Goda hanteringsstrategier
- Minskat beroende av sjukvård och behandlingsinsatser
- Underlätta övergången mot yrkesrehabilitering och friskvård

I bedömningsfasen träffar patienten läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och i vissa fall psykolog eller neuropsykolog. Teamet träffar sen patienten på en rehabiliteringskonferens då patienten sätter upp mål och alla hjälps åt att föreslå lämpliga åtgärder för att nå målen samt tidsramar för rehabiliteringen som bedrivs både i grupp och individuellt. Gruppbehandlingarna är dels yrkesspecifika och dels gemensamma för hela teamet. Smärthanteringskursen är en gruppbehandling som hela teamet hjälps åt med. Den pågår under fem veckor och innehåller en blandning av praktiska övningar, föreläsningar, reflektion och diskussion. Föreläsningarna handlar t ex om smärta, stress, friskfaktorer och kris. De praktiska övningarna är bl a bassängträning, basal kroppskänedom, bild, hälsosam matlagning, ergonomi och avspänning. Reflektion och diskussion har en kognitiv inriktning där patienterna arbetar med sina tankar, känslor och handlingar. Efter den första rehabiliteringsperioden som varar ca 3 månader blir det en ny rehabiliteringskonferens då teamet tillsammans med patienten bestämmer om det blir någon fortsatt rehabilitering och i så fall hur den ska se ut. En fortsatt rehabilitering kan ske i primärvården och/eller på smärtrehab och i vissa fall påbörjas en yrkesrehabilitering. För att optimera rehabiliteringen samt underlätta arbetsåtergång har teamet samarbete med ortopedläkare, smärtmottagning, försäkringskassa, arbetsförmedling, kommun, primärvård och friskvård.

2.4.2 Arbetsterapi på aktuell smärtrehab

Den arbetsterapeutiska verksamheten utgår från arbetsterapiprogram för smärta i Skåne (2004) och här följer en beskrivning av den arbetsterapeutiska behandlingen.

Vid bedömningen utförs en aktivitetskartläggning då instrumentet COPM används.

Patienterna får också berätta hur de gör när de utför olika aktiviteter och vilken aktivitetsstruktur de har samt vad de redan gjort för att anpassa sig till situationen.

Kartläggningen ligger till grund för de åtgärder som sen planeras tillsammans med patienten.

Vanliga åtgärder är att hjälpa patienterna hitta en bra aktivitetsstruktur, ge ergonomisk undervisning, prova ut tekniska hjälpmedel samt erbjuda deltagande i aktivitetsgrupp och bildgrupp.

Enligt FSA (2002) är aktivitetsstruktur balansen i och mellan olika aktiviteter som ingår i människans dygnsrytm, upplevelserna av dessa aktiviteter samt hur man använder tiden. För att hjälpa patienterna med aktivitetsstrukturen arbetas bl a med aktivitetsdagbok, aktivitetsplanering, gränssättning mot sig själv och andra samt hur man prioriterar mellan och inom olika aktiviteter.

Ergonomiundervisning, både praktiskt och teoretiskt, kan möjliggöra olika aktivitetsutföranden utan att smärtan ökar för mycket. Patienterna får då lära sig att använda kroppen på ett så effektivt sätt som möjligt när de utför olika aktiviteter samt att lära sig använda bra utrustning och hjälpmedel. Att öka patientens egen kunskap om sin kropp och hur han/hon använder den är av största vikt och här kan videoinspelning eller spegling (när man visar patienten hur han/hon gör) vara bra komplement. Ibland kan också olika tekniska hjälpmedel vara aktuella för att möjliggöra eller underlätta aktivitet.

I aktivitetsgruppen ges patienterna möjlighet att hitta nya intressen och fritidsaktiviteter. Det kan vara mycket viktigt för patienterna att åter hitta sin lust och glädje i görandet, vilket i sin tur kan skapa många nya möjligheter till positiva förändringar i deras liv. När man gör något man tycker om att göra kan man enligt Csikszentmihalyi (1996) uppleva flow. Han menar att det är en njutningsfull upplevelse där tid och rum försvinner och där man vill fortsätta göra aktiviteten bara för njutningen och glädjen av att göra den. Vid sådana tillfällen menar han att smärtan kan minska eller försvinna under tiden som aktiviteten pågår.

I bildgruppen uttrycker sig patienterna i bild. De får möjlighet att komma i kontakt med sina känslor och kanske lättare kan hitta sin kreativitet och kraft att gå vidare i livet trots sin smärta. Lagercrantz (1998) skriver att konstnärligt arbete kan göra det möjligt att befria och förstå bortträngda känslor och minnen ur det omedvetna dit orden inte når. Hon menar vidare att kreativiteten stimuleras och ökar samt att livsandarna vaknar och glädjen kan komma tillbaka och med det också nytt hopp.

Enligt förbundet Sveriges arbetsterapeuters (FSA) kvalitetspolicy åligger det varje arbetsterapeut att aktivt skaffa sig kunskap för att genomföra kvalitetsarbete. Att identifiera och genomföra åtgärder för att förbättra kvaliteten i den arbetsterapeutiska verksamheten är av största vikt (FSA, 2004).

Min egen erfarenhet efter sex års arbete med människor med långvarig smärta är att många är missnöjda med att inte kunna göra det de vill. Intressen som inte längre går att utföra, att inte klara sitt arbete eller sköta om sig själv, sina barn eller sitt hem på det sätt man vill, skapar stora problem och stort missnöje. Det är därför av största vikt, både ur ett samhällsperspektiv och ur ett mänskligt perspektiv, att rehabiliteringen är effektiv och i så stor utsträckning som möjligt hjälper patienterna att återerövra viktiga aktiviteter. Sammanställningen av resultaten från COPM kan ge arbetsterapeuterna på smärtrehab viktig information om och hur aktivitetsförmågan förändrats eller ej. Det kan leda till en framtida bättre smärtrehabilitering. En ökad kunskap om aktivitetsproblem hos människor med långvarig smärta samt i vilken omfattning de kan åtgärdas, kan också vara av intresse för andra personer som kommer att läsa uppsatsen.

3. Syfte

Syftet med uppsatsen var att beskriva vilka dagliga aktiviteter som patienter med långvarig smärta ansåg vara viktigast att förändra samt att undersöka om aktivitetsutförande och aktivitetstillfredsställelse förändrades efter smärtrehabilitering.

4. Metod

Undersökningen är retrospektiv, där data från semistrukturerade intervjuer med instrumentet COPM har samlats in och analyserats. Resultatet har i huvudsak redovisats med kvantitativ, deskriptiv statistik, men ett visst kvalitativt inslag förekommer då försökspersonerna beskrivning av sina upplevelser av förändringen har getts exempel på.

I en retrospektiv studie sammanställer man data som redan finns. En öppen fråga är vanlig inom kvalitativ forskning för att få informantens syn på det studerade fenomenet. Att blanda flera metoder stärker säkerheten genom att de enskilda metodernas svagheter inte är identiska och därför kan komplettera varandra (DePoy & Gitlin, 1999).

4.1 Urvalsförfarande

Samtliga patienter som genomfört aktivitetsbedömning med COPM både vid in- och utskrivning samt där första bedömningen är genomförd 2005 har tillfrågats om medverkan i undersökningen.

4.2 Undersökningsgrupp

Totalt tillfrågades 49 patienter varav tre tackade nej till att delta i undersökningen. Det externa bortfallet på tre patienter (7 %) var alla kvinnor i åldrarna 30, 53 och 54 år.

I undersökningen deltog 46 patienter, 11 män och 35 kvinnor med en medianålder på 38,5 år (19-59). Medianåldern för männen var 43 år (19-57), och för kvinnorna 37 år (23-59). De vanligaste diagnoserna var fibromyalgi och whiplash associated disorder (Tabell 1). De mest förekommande yrkena var vårdbiträde/undersköterska, 16 patienter hade dessa yrken. Näst vanligast var industriarbetare och 13 patienter hade detta yrke. Den största gruppen patienter hade haft smärtor i 1 till 3 år (Tabell 1). De flesta patienterna hade en vårdtid under 1 år (Tabell 1).

Tabell 1. *Diagnoser, smärtduration och vårdtid.*

Kategori	antal patienter n=46
Diagnos	
Fibromyalgi	13
Whiplash associated disorder	13
Ryggåkommor	7
Myalgi, myofasciellt syndrom	6
Nervsmärta	4
Övriga	3
Smärtduration	
< 1 år	5
1 - 3 år	22
3 - 5 år	9
5 -10 år	5
> 10 år	5
Vårdtid	
< 6 mån	16
6 mån – 1 år	20
> 1 år	10

4.3 Undersökningsinstrument

COPM kartlägger patientens egen uppfattning om sitt aktivitetsutförande och sin aktivitetstillfredsställelse inom aktivitetsområdena personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Patienterna identifierar själva i en semistrukturerad intervju vilka aktiviteter de har svårt att utföra, som de måste, vill eller förväntas utföra. Aktiviteterna poängsätts hur betydelsefulla de är på en skala från 1-10, där 1 betyder ”inte viktigt alls” och 10 ”extremt viktigt”. Nästa steg är att välja ut de fem aktiviteter som är viktigast och poängsätta utförande och tillfredsställelse för var och en av dessa på en skala från 1-10. Skalans 1 betyder för utförande ”kan inte utföra den alls” samt för tillfredsställelse ”inte nöjd alls”. Skalans 10 betyder för utförande ”kan utföra den extremt bra” samt för tillfredsställelse ”extremt nöjd”. Det behövs en förändring på minst två skalsteg för att anses vara kliniskt signifikant. COPM

är validitets och reliabilitetstestat och anses ha en god validitet för innehålls-, kriterie- och begreppsvaliditeten samt att det finns en reliabilitet mellan test och omtestning (Law, Baptiste, Carswell-Opzoomer, McColl, Polatajko & Pollock, N, 1998).

4.4 Procedur

Verksamhetschefen kontaktades och informerades om uppsatsen och godkände genomförandet. Billaga 1. Ansökan skickades till Vårdvetenskapliga etiknämnden som gav sitt tillstånd till studien med diarienummer VEN A19-07. Alla COPM-bedömningar med första bedömningen under 2005 samlades in. Därefter skickades brev till patienterna med information om uppsatsen där de tillfrågades om de accepterade att deras COPM samt nerskrivna kommentarer fick användas. Billaga 2. Patienterna garanterades konfidentialitet och fick information om att de kunde tacka nej utan risk för negativa konsekvenser vid eventuell framtida kontakt med mig eller kliniken.

Efter att de som tackat nej till att deras uppgifter användes sorterats ut, matades uppgifterna från resterande COPM in i en databas och behandlades i statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). I samband med utskrivningen och COPM-bedömningen har patienterna även fått svara på frågan hur de själva upplevt förändringen av aktivitetsförmågan. Dessa svar har getts exempel på. Patienternas kommentarer kopierades från baksidan på COPM-instrumenten eller från utskrivningsanteckningarna i journalerna och lästes flera gånger. Kommentarererna valdes ut så att de belyste olika aspekter av patienternas upplevda förändring och kategoriserades i sju olika förändringsområden utifrån patienternas kommentarer.

4.5 Dataanalys

Genom att följa instruktionerna i manualen till instrumentet COPM summerades poängen för aktivitetsutförande respektive aktivitetsstillfredsställelse var för sig och delades med antalet aktiviteter, vilket gav var sitt medelvärde. Skillnaden mellan första och andra bedömningens medelvärde visade hur stor förändringen var (Law et al., 1998).

Antalet patienter som förbättrat respektive försämrat medelvärdet för sina fem viktigaste aktiviteter med minst två skalsteg samt de som hade en förändring på mindre än två skalsteg (oförändrat) har sammanställts

Aktivitetserna har utifrån manualen till COPM kategoriserats i tre aktivitetsområden som är personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Varje aktivitetsområde har tre undergrupper. Personliga dagliga aktiviteter har personlig vård, förflyttning och klara sig i samhället som undergrupper. Produktivitet har arbete, sköta hushållet och utbildning/lek som undergrupper samt fritid har stillsam fritid, aktiv fritid och social samvaro som undergrupper. Vilka aktivitetsområdena samt undergrupper som var mest valda har analyserats och sammanställts. Utöver detta har de fem mest valda enskilda aktiviteterna samt antalet patienter som förbättrat och försämrat utförande respektive tillfredsställelse för dessa aktiviteter med minst två skalsteg samt oförändrade (en förändring på mindre än två skalsteg) sammanställts.

I samband med utskrivningen har patienterna fått svara på frågan hur de själva upplevt förändringen av aktivitetsförmågan. Dessa svar har getts exempel på och indelats i olika kategorier som belyste olika aspekter av patienternas upplevda förändring.

5. Etiska överväganden

Data är avidentifierat och har redovisats så att patienterna inte kan härledas. Inga nya åtaganden för patienterna behövdes eftersom data redan var insamlad. Inga etiska dilemman kunde förutses.

6. Resultat

6.1 Val av aktiviteter

Totalt har de 46 patienterna valt 229 aktiviteter som de ansåg sig ha problem att utföra och som var viktiga för dem. En patient valde fyra aktiviteter och övriga valde fem aktiviteter var.

Inom aktivitetsområdet personliga dagliga aktiviteter har totalt 74 aktiviteter (32.3 %) valts, inom produktivitet valdes 72 aktiviteter (31.5 %) och inom fritid valdes 83 aktiviteter (36.2 %).

Den mest valda undergruppen var att sköta hushållet och antalet valda aktiviteter inom denna grupp var 38 (Tabell 2).

Tabell 2. *Antalet valda aktiviteter inom de olika undergrupperna*

Aktivitetsområde och undergrupper	antal valda aktiviteter n=229
Personliga dagliga aktiviteter	
Personlig vård	34
Förflyttning	14
Klara sig i samhället	26
Produktivitet	
Arbete	29
Sköta hushållet	38
Utbildning/lek	5
Fritid	
Stillsam fritid	26
Aktiv fritid	37
Socialt umgänge	20

De mest valda enskilda aktiviteterna oberoende av undergrupp var arbete, umgås socialt, läsa, städa och tvätta håret (Tabell 3).

Tabell 3. *De fem mest valda enskilda aktiviteterna.*

Aktivitet	val antal patienter n=46
Arbete	26
Umgås socialt	16
Läsa	13
Städa eller dammsuga	11
Tvätta håret	10

6.2 Förändring av aktivitetsförmågan

Antalet patienter som förbättrat sitt aktivitetsutförande med minst två skalsteg var 9 (20%), som försämrat med minst två skalsteg var 3 (6 %) och oförändrat var 34 (74 %). Antalet patienter som förbättrat sin aktivitetstillfredsställelse med minst två skalsteg var 23 (50 %), som försämrat med minst två skalsteg var ingen (0 %) och oförändrat var 23 (50 %) (Tabell 4).

Tabell 4. *Förändring av aktivitetsutförande och aktivitetstillfredsställelse*

Skalsteg	utförande	tillfredsställelse
	n=46	n=46
Förbättrad med 2 eller flera skalsteg	9	23
Förbättrad med 1 skalsteg	17	9
Oförändrad	12	12
Försämrad med 1 skalsteg	5	2
Försämrad med 2 eller flera skalsteg	3	0

Tjugosex patienter upplevde problem med arbete och ansåg att den var viktig att förändra. Av dessa hade tio patienter vid rehabiliteringens slut förbättrat både utförande och tillfredsställelse för den aktiviteten (Tabell 5). Umgås socialt, städa och tvätta håret förbättrades mer för tillfredsställelse än för utförandet medan läsa förbättrades både för utförande och för tillfredsställelse (Tabell 5).

Tabell 5. *Antalet patienter som förbättrat eller försämrat utförande och tillfredsställelse med minst två skalsteg samt oförändrade*

Aktivitet	Förändring av utförande			Förändring av tillfredsställelse		
	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad
Arbete	10	0	16	10	1	15
Umgås socialt	4	4	8	9	1	6
Läsa	8	2	3	8	1	4
Städa eller dammsuga	2	1	8	4	1	6
Tvätta håret	4	1	5	6	1	3

Medianvärdet för alla 46 patienternas COPM-bedömningar var för aktivitetsutförande vid första bedömningen 3.9 (1.6-7.0) och vid andra bedömningen 4.78 (1.0-7.2) vilket innebär en förbättring på 0.88 skalsteg. Medianvärdet för aktivitetstillfredsställelsen var vid första bedömningen 2.4 (1.0-6.4) och vid andra bedömningen 4.6 (1.0-8.2) vilket innebär en förbättring på 2.2 skalsteg.

6.3 Patienternas kommentarer

Övervägande delen av kommentarerna var positiva och nedanstående har valts ut för att belysa olika aspekter av patienternas upplevda förändring. Två negativa kommentarer har lämnats, vilka båda är redovisade. Kommentarererna har indelats i olika kategorier som belyser förändringarna.

Använder hjälpmedel som har underlättat aktivitetsutförande:

- *Är extremt nöjd över att jag kan läsa böcker med hjälp av bokstödet*
- *Har stor hjälp av min "Sitfit" när jag skall sitta på hårda bänkar när barnen idrottar.*
- *Är glad över att jag sover bättre än på länge. Vändlakanet och de nya medicinerna har hjälpt mig med det.*
- *Mina hjälpmedel har gjort mig mycket mer självständig och jag mår mycket bättre.*

Accepterar situationen bättre och har börjat anpassa sig till sin förmåga:

- *Jag har fått mer ont men accepterar ändå situationen bättre.*
- *Kan nu erkänna för mig själv hur situationen ser ut och anpassa mig efter det. Har inte längre orealistiska mål utan kan inrikta mig på viktiga möjliga mål.*
- *Jag har börjat använda en äggklocka för att påminna mig om att ta pauser.*
- *Det fungerar bättre att sy när jag tar paus var 10:e minut.*
- *Kan be om hjälp nu.*

Kan sätta gränser bättre:

- *Har blivit bättre på att sätta gränser och lärt mig säga nej.*
- *Jag har efter rehab börjat töja på gränserna och vågar mer. Ska börja studera.*
- *Prioriterar vad som ska göras och kan låta bli att städa så ofta.*
- *Tänker mindre på vad alla andra tycker.*

Kan glädja sig åt det de kan göra:

- *Jag har börjat med en ny hobby.*
- *Tycker det är jättekul med de nya vänner jag fått som jag träffade på smärthanteringskursen.*
- *Jag har börjat acceptera att jag inte kan köra motorcykel och renovera bilar och försöker glädja mig åt annat jag kan göra.*
- *Att kunna arbetsträna har betytt allra mest för mig.*
- *Är själv mer nöjd med min förmåga än vad COPM visade.*

Kan hantera smärtan bättre:

- *Jag har fått kontroll över smärtan.*
- *Jag får inte längre panik när smärtan ökar och vet nu vad jag ska göra.*

Är inte nöjd förrän de är helt återställda:

- *Kan utföra mer men blir inte nöjd förrän jag kan göra allt fullt ut och blivit återställd.*

Oroar sig för framtiden:

- *Jag känner mig sämre och är ledsen över min situation. Oroar mig för framtiden och hur jag ska kunna skaffa familj och hitta ett jobb jag klarar.*

7. Diskussion

7.1 Resultatdiskussion

Betydligt fler patienter hade förbättrat sin aktivitetstillfredsställelse jämfört med de som förbättrat sitt aktivitetsutförande. Medianvärdet visade också att de 46 patienternas bedömningar sammanlagt förbättrats med mer än två skalsteg för aktivitetstillfredsställelsen. Kan det innebära att fast många patienter inte kan utföra aktiviteterna speciellt mycket bättre ändå är mer nöjda med vad de kan göra. Enligt Carpenter et al. (2001) hade patienterna i Liverpool också förbättrat aktivitetstillfredsställelsen mer än aktivitetsutförandet.

Den undergrupp som minst antal patienter valt var utbildning/lek som bara fem patienter valde. Orsaker till detta skulle vara intressant att få veta mer om.

Tre patienter hade försämrat aktivitetsutförandet enligt COPM och ingen hade försämrat aktivitetsstillfredsställelsen. Av de fem mest valda aktiviteterna var det umgås socialt som försämrats för flest patienter. Fyra patienter hade försämrat utförandet och en tillfredsställelsen för denna aktivitet. Vad som orsakat dessa försämringar hade varit intressant att utforska vidare.

För att förändringen skall anses kliniskt signifikant behövs en förändring på minst två skalsteg (Law et al., 1998). Många patienter hade en förbättring på ett skalsteg och då har de i resultatet räknats som oförändrade. En del av dessa patienter är kanske på väg mot en förbättring. Denna synpunkt stärks av patienternas egna kommentarer som i de flesta fall var positiva till förändringen. Exempelvis:

- *Det fungerar bättre att sy när jag tar paus var 10:e minut.*
- *Jag har fått kontroll över smärtan.*
- *Är extremt nöjd över att jag kan läsa böcker med hjälp av bokstödet*
- *Jag har efter rehab börjat töja på gränserna och vågar mer. Ska börja studera.*

Den enskilda aktiviteten som flest antal patienter ville förändra var att arbeta och flera patienter hade också lyckats förbättra den aktiviteten. Mer forskning inom detta område för att utreda vad som gör det möjligt för patienterna att få en fungerande arbetssituation eller inte hade varit av stort värde både ur ett individ och ur ett samhällsperspektiv. Lorich och Trygg, (2004) har i sitt arbete då de intervjuat åtta kvinnor med långvarig smärta som efter en arbetslivsinriktad rehabilitering återgått i arbete, kommit fram till att kvinnorna lärt sig hantera sin smärta, planera dagen och hitta balans i sina liv igen. De skriver att kvinnorna av arbetsterapeuterna hade lärt sig hitta lösningar, strategier och förhållningssätt för att underlätta aktiviteter i arbete och vardag. Flera av kvinnorna trodde inte de skulle klara av ett arbete igen men rehabiliteringen gav insikten om och tron på att det skulle vara möjligt. Brattberg (1995) anser att ett arbete för många kan vara en mycket bra smärtrehabilitering för att det är viktigt och ger ökad livskvalitet. En av patienternas kommentarer belyste detta: - *Att kunna arbetsträna har betytt allra mest för mig.*

Många av patienterna hade fysiskt belastande arbeten som arbeten inom vården och industrin. Andersson (2002) kom i sin avhandling fram till att mekanisk exponering i arbetet med bl a olämpliga arbetsställningar var den enda av de undersökta faktorerna i arbetet som hade samband med ökad risk för sjukskrivning. För att patienternas arbetssituation ska fungera krävs också i många fall att arbetet blir anpassat eller utbytt till ett annat arbete. Breivik et al. (2006) skriver i sin rapport att i Sverige har var fjärde person med långvarig smärta fått ändrade arbetsförhållande på grund av smärtan och var fjärde har helt fått byta arbete.

Städa och tvätta håret var aktiviteter som många patienter valt men inte många förbättrat. Arbetsterapeuterna på smärtrehab får försöka hitta bättre metoder som hjälper patienterna återerövra dessa och andra viktiga aktivitet. Under rehabiliteringen kan patienterna ändra uppfattning om vad som är viktigt. En av kommentarerna belyste att städa inte var lika viktigt längre: - *Prioriterar vad som ska göras och kan låta bli att städa så ofta.*

Att läsa är en aktivitet som många av patienterna förbättrat. Att lägga boken på ett bokstöd eller en avlastningskudde är ett vanligt sätt att lösa problemet för de som inte kan hålla i boken någon längre stund. En av kommentarerna belyste detta: - *Är extremt nöjd över att jag kan läsa böcker med hjälp av bokstödet.*

Att patienten själv väljer vilka aktiviteter han/hon vill arbeta med har känts bra och respektfullt och borde vara självklart för att ta till vara varje människas egna unika värderingar och drivkraft. Brattberg (1995) menar att det är först när patienten får kravet på sig att dela ansvaret som man kan hjälpa henne bryta den onda smärtcirkeln. De olika professionerna inom ett smärtrehabiliteringsteam har var och en olika kunskaper som kan hjälpa patienterna att komma vidare i sin rehabilitering. Patienternas valda aktiviteter gör det tydligt vad som är viktigt för varje patient och kan därför vara ett bra instrument vid planeringen av insatser för var och en i teamet. Wressle, Lindstrand, Neher, Marcusson och Henriksson, (2003) har funnit att COPM förbättrade patientens medverkan i rehabiliteringsprocessen. Målen formulerades tydligt och fokuserade mer på aktivitet och prestation än på funktion. COPM underlättade teamets behandlingsplanering med patienten samt utvärdering av behandlingsresultat. En förbättring på smärtrehab kunde därför vara att i högre utsträckning än i dag, ha med COPM på rehabiliteringskonferenserna vid planeringen med hela teamet och patienten.

Min egen erfarenhet är att det finns många olika sätt för patienterna att agera när smärtan hindrar aktivitetsutförandet. Vissa patienter bryr sig inte om att det gör ont utan gör allt de vill och anser sig måste göra i alla fall tills de får så ont att de inte kan göra något alls och ibland behöver flera dagar för återhämtning. Andra blir rädda för smärtan och vågar inte göra något eller ytterst lite medan några hittar strategier och knep som gör att de kan göra det de tycker är viktigast. Liknande erfarenheter har Brikholtz, Aylwin och Harman (2004) som skriver att vissa människor med långvarig smärta är underaktiva p g a att de är rädda för aktivitet som kan öka smärtan, men vissa kan också vara överaktiva, vilket innebär att de är aktiva trots smärtan tills de inte klarar det längre och måste vila tills dess att smärtan har minskat. Båda dessa sätt att agera kan öka besvären, menar de. Johansson och Löf (2006) har i en av sina slutsatser kommit fram till att människor med långvarig smärta måste lära sig att inte vara rädda för att röra på sig och kunna utföra aktivitet trots smärta samtidigt som de måste lyssna på sin kropp och vila när så behövs. Keponen och Kiefhofner (2006) beskriver i sin artikel, aktivitet och mening i livet för kvinnor med kronisk smärta fyra metaforer som åskådliggör hur kvinnorna i undersökningen förhåller sig till aktivitet och görande. De som *rör sig framåt* anser att aktivitet är en källa till glädje och en utmaning att lösa. De som *saktar ner* anser att man måste sakta ner för att kunna göra saker och gläds åt det lilla man kan göra. De som *kämpar* anser att görandet är ett måste för att infria sina egna och andras förväntningar och man förväntar sig ingen glädje eller tillfredsställelse. De som *står stilla* anser att bli nöjd med sitt görande är omöjligt såvida inte speciella förutsättningar är uppfyllda som t ex mindre smärta eller bättre ekonomi.

Att medvetandegöra patienterna om deras inställning till aktivitet på ett mer strukturerat sätt hade kanske underlättat för patienterna att hitta nya och bättre sätt att förhålla sig till aktivitet och kan vara något att utveckla vidare inom smärtrehabiliteringen.

Patienternas kommentarer ger exempel på att de använder hjälpmedel som har underlättat aktivitetsutförande, accepterar situationen bättre och har börjat anpassa sig till sin förmåga, kan sätta gränser bättre, kan glädja sig åt det de kan göra, kan hantera smärtan bättre, är inte nöjda förrän de är helt återställda samt oroar sig för framtiden. Brattberg (2003) kallar en person som lärt sig bemästra värken och sin livssituation för värkmästare. Värkmästaren är huvudpersonen i sitt liv och har fått tillbaka sin självrespekt och sitt självförtroende. Hon har slutat älta och oroa sig i onödan, har accepterat situationen och mår trots smärtan bra skriver

Brattberg. Enligt min mening stämmer många av patienternas kommentarer bra in på Brattbergs beskrivning av en värmästare.

7.2 Metoddiskussion

Eftersom instrumentet COPM redan använts några år på smärtrehab var det naturligt att använda det i en utvärdering. COPM är reliabilitets- och validitetstestat (Law et al., 1998). Det kändes därför tillförlitligt att använda i uppsatsen trots att bedömningarna redan var utförda och av olika arbetsterapeuter.

Att blanda olika metoder ökar säkerheten på informationen enligt DePoy och Gitlin (1999). Den kvantitativa statistiken från COPM-bedömningarna visade att ungefär hälften av patienterna var mer nöjda med aktivitetsutförandet. Med kvalitativ data, d v s patienternas egna kommentarer ökade förståelsen för på vilket sätt patienterna blivit mer nöjda. Genom att också dela in patienternas kommentarer i olika kategorier ökade förståelsen ytterligare. Den kvantitativa och den kvalitativa metoden kändes därför bra att kombinera.

Det var betydligt fler positiva kommentarer än negativa. Orsakerna till detta kan vara många, som att visa arbetsterapeuterna uppskattning och att det kan vara lättare att lämna positiva kommentarer än negativa. En svaghet var därför att arbetsterapeuterna själva frågat sina patienter om kommentarerna. En patient säger själv att hon var mer nöjd än vad COPM visade. COPM utvärderar bara de fem aktiviteter patienterna valt och inte aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse för andra aktiviteter eller rent generellt. När patienterna lämnade sina kommentarer tyder dessa på att de svarat mer generellt vad de var nöjda med och inte.

Att samla in data som redan fanns gjorde att man på kort tid kunde få tillgång till en stor mängd information men inte kunde känna sig säker på att den samlats in under exakt likartade förhållanden. Frågan om patienternas egen upplevelse av förändringen var kanske inte ställd på samma sätt och allt patienterna sa kanske inte var nerskrivet.

Fortsatt forskning inom området med analyser av hur aktivitetsförmågan förändrats inom aktivitetsområden och undergrupper hade varit värdefull för att ytterligare öka förståelsen för hur patienter med långvarig smärta förändrat aktivitetsförmågan efter smärtrehabilitering.

8. Slutsats

Arbete är den aktivitet som flest patienter valt och som flest patienter förbättrat. Mer forskning inom detta område för att utreda vad som gör det möjligt för patienterna att få en fungerande arbetssituation eller inte hade varit av stort värde både ur ett individ och ur ett samhällsperspektiv.

Aktivitetsutförandet har efter smärtrehabiliteringen förbättrats för en femtedel och aktivitetstillfredsställelsen för hälften av patienterna. Många är, både enligt resultatet på COPM och enligt patienternas egna kommentarer på väg mot att kunna hantera sin smärta och sin livssituation. För att göra rehabiliteringen effektivare kunde en förbättring på smärtrehab vara att medvetandegöra patienterna om deras inställning till aktivitet på ett mer strukturerat sätt. Det hade kanske underlättat för patienterna att hitta nya och bättre sätt att förhålla sig till aktivitet och fler hade kanske lärt sig hantera smärtan och sin livssituation. Att införa COPM som ett teaminstrument som hjälper patienter och team att fokusera på patienternas egna mätbara mål hade varit intressant att prova i syfte att ytterligare förbättra rehabiliteringsplaneringen.

Referenslista

Andersson, J.E. (2002). *Chronic musculoskeletal pain. Population studies of pain-experience with special focus on the Total Body Pain and aspects of adaptation in a cognitive-behavior psykologikal frame of reference*. Lund: Studentlitteratur.

Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta*. Falköping: Liber utbildning.

Brattberg, G. (2003). *Rehabiliteringspedagogik. För arbete med långtidssjukskrivna i grupp*. Stockholm: Ekonomi-Print AB.

Breivik, H., Colett, B., Vantafidda, V., Cohen, R., & Gallacker, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European journal of pain*, 10, 287-333.

Brikholtz, M., Aylwin, L., & Harman, R. (2004). Activity pacing in chronic pain management: One aim, but which method? Part one: introduction and literature review. *British journal of occupational therapy*, 10, 447-52.

Canadian Association of Occupational Therapists. (1997). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Carpenter, L., Baker, G.A., & Tyldesley, B. (2001). The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a Pain Management Program. *Canadian journal of occupational therapy*, 68, 16-22.

Csikszentmihalyi, M. (1996). *Den optimala upplevelsens psykologi*. Stockholm: Natur och kultur.

d'Elia, G. (2005). *Kognitiv psykoterapi i primärvården*. Stockholm: Natur och kultur.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2002). *ARTUR journalstruktur, version 2.0*. Nacka.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Globalt företagstryck AB.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2004). *FSA:s kvalitetspolicy – grunden för en ständig förbättring av den arbetsterapeutiska verksamheten*. Version 3. Nacka.

International Association for the Study of Pain, IASP. (1979). *Pain* 1979, 250.

Johansson, M., & Löf, S. (2006). *Följden av långvarig smärta i dagliga livets aktiviteter. En litteraturstudie*. Hämtad 2007-04-30 från <http://www.fsa.akademikerhuset.se/www/fsa/proj/projbank.nsf/setup/MainMenuMember>.

Kepponen, R., & Kielhofner, G. (2006). Occupation and meaning in the lives of women with chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13, 211-220.

Lagercrantz, A.M. (1998). Bildterapi. I T. Theorell (red.), *När orden inte räcker till. Läkning av psykosomatisk sjukdom genom terapeutiskt arbete med musik, dans, bild och psykodrama*. Stockholm: Natur och Kultur.

Law, M., Baptiste, S., Carswell-Opzoomer, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure manual* (3rd ed.) Toronto: CAOT Publications ACE.

Levander, H. (2003). Sensorisk sensitisering, del I: Mekanismer bakom fibromyalgi. "Min hustrus smärtsystem har således blivit onödigt bra." *Läkartidningen*, 100, 1608-17.

Lidbeck, J. (1999). Centralt störd smärtmodulering, förklaring till långvarig smärta. Nya kunskaper förändrar synen på den problematiska smärtpatienten. *Läkartidningen*, 96, 2843-51.

Linton, S.J. (2005). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Lorich, H. & Trygg, M. (2004). *Arbetssterapeutiska insatser för att möjliggöra återgång till arbete*. Hämtad 2007-04-25 från

<http://www.fsa.akademikerhuset.se/www/fsa/proj/projbank.nsf/setup/MainMenuMember>.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 177 volym 1. Stockholm: SBU

Wressle, E., Lindstrand, J., Neher, M., Marcusson, J., & Henriksson, C. (2003).

The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment programme. *Disability and rehabilitation*, 25, 497-506.



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

INFORMATIONSBREV

2007-05-01

Bilaga 1

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Sektionen för arbetsterapi

Till ansvarig verksamhetschef

Aktivitetsförmåga efter smärtrehabilitering

Jag är student på sektionen för arbetsterapi, Lunds Universitet, som under 2007 ska skriva mitt examensarbete, 10 p.

Syftet med studien är att beskriva vilka dagliga aktiviteter patienter med långvarig smärta ansåg vara viktigast att förändra samt att undersöka om aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse förändrades efter smärtrehabilitering

Patienterna har blivit intervjuade av arbetsterapeuten om sin aktivitetsförmåga med hjälp av instrumentet COPM vid in- och utskrivning till och från smärtrehab. Patienterna identifierade vilka aktiviteter de hade svårt att utföra och skattade de fem viktigaste aktiviteterna, på en tiogradig skala, hur bra de kunde utföra dessa och hur tillfredsställda de var med utförandet. Jag kommer att sammanställa alla COPM gjorda med patienter inskrivna under 2005 och se om aktivitetsförmågan förändrats efter rehabiliteringen. Dessutom kommer jag att ge exempel på patienternas kommentarer till eventuell förändring samt vilka de fem viktigaste aktiviteterna var.

Ungefär 50 patienter kommer att tillfrågas. De kommer att få ett brev med information om studien och kan genom att skicka in ett svarsbrev tacka nej till att deras COPM används.

COPM-formulären förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till svaren. Resultatet av studien kommer att redovisas så att patienterna inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig eller till min handledare.

Med vänlig hälsning Lena Renström

Student:
Lena Renström
Somatisk rehab
Sjukhuset
281 25 Hässleholm
Tel 0451-296617

Handledare:
Gunnel Sandqvist
Inst för hälsa vård och samhälle
Avd för Arbetsterapi och Gerontologi
Universitetet i Lund
Tel 046-2221958

Aktivitetsförmåga efter smärtrehabilitering

Er anhallan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Namn

Underskrift



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

INFORMATIONSBREV

2007-05-01

Bilaga 2

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Sektionen för arbetsterapi

Till undersökningsperson

Projekttitel: Aktivitetsförmåga efter smärtrehabilitering

Jag är student på sektionen för arbetsterapi, Lunds Universitet, och ska under våren 2007 skriva mitt examensarbete på 10 p.

Syftet med studien är att beskriva vilka dagliga aktiviteter som patienter med långvarig smärta ansåg vara viktigast att förändra samt att undersöka om förmågan att utföra dessa aktiviteter förändrades efter smärtrehabilitering.

I samband med Din rehabiliteringsperiod gick Du tillsammans med arbetsterapeuten igenom hur Dina dagliga aktiviteter fungerade. Ni använde ett frågeformulär/instrument som heter Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

Den metod som kommer att användas är att göra en sammanställning av resultaten från de COPM som utfördes både vid in- och utskrivning på smärtrehab för alla som skrevs in under 2005. Jag kommer att jämföra resultaten mellan in- och utskrivning för att se om det blivit någon förändring och ge exempel på kommentarer till eventuell förändring.

Min fråga är om Du ger mig tillåtelse att använda Ditt COPM i undersökningen?

Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan avstå utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för eventuell framtida kontakt med mig eller Smärtrehab.

Om Du **inte** vill att Ditt COPM ska användas i min studie ber jag Dig att skriva under bifogat brev och skickar tillbaka det i det portofria svarskuvertet inom två veckor. Accepterar Du att Ditt COPM används behöver Du inte göra något.

Ditt COPM-formulär förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Dina svar. Resultatet av min studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Om Du vill veta mera om min studie så ring eller skriv gärna till mig eller till min handledare

Med vänlig hälsning Lena Renström

Student
Lena Renström
Somatisk rehab
Sjukhuset
281 25 Hässleholm
Tel 0451-296617

Handledare
Gunnel Sandqvist
Inst för hälsa vård och samhälle
Avd för Arbetsterapi och Gerontologi
Universitetet i Lund
Tel 046-2221958

Aktivitetsförmåga efter smärtrehabilitering

Jag vill **inte** att mitt COPM används i studien.

Namn:.....

Om Du accepterar att jag använder Ditt COPM i studien behöver Du inte skicka tillbaka något svar